

재해 CALFRESH 신청서

| 카운티 사용란 | |
|---------------|--|
| CASE NUMBER | |
| WORKER | |
| DATE RECEIVED | |

재해 혜택 기간: _____ ~ _____

중요 정보 - 주의깊게 읽으십시오.

신청인 또는 수령인의 권리

- 인종, 피부색, 국적, 종교, 정당 가입, 성별, 장애 또는 연령에 관계 없이 혜택을 받을 권리 외, 차별대우를 받았다고 생각되는 경우 이에 대해 이의를 제기할 권리.
- 신청서 접수 후 수혜자격이 있는 경우 1-3일 내에 재해 CalFresh 혜택을 제공받을 권리.
- 해당 카운티 복지부에 귀하의 사례에 취해진 조치에 관해 말하고 신청서 승인일 또는 기각일로부터 90일 이내에 주정부 심의회를 요청할 권리.
- 신청서가 기각된 경우 그 즉시 감독관에 의해 검토를 받을 권리.
- 카운티 복지부에 서면으로 또는 1-800-952-5253번으로 이의를 제기하거나 심의회를 신청할 권리. 청각 장애인 전용(TDD)전화: 1-800-952-8349.
- 주정부 심의회에서 스스로를 대변하거나 가족, 친구, 변호사 또는 그 밖에 다른 사람으로 하여금 귀하를 대변하도록 할 수 있는 권리.
- 가족 구성원 또는 귀하가 아는 다른 성인으로 하여금 본 신청서를 작성하도록 할 권리. 가족 구성원이 아닌 사람이 본 신청서를 작성할 경우 세대주 또는 가족 다른 구성원의 서명이 들어 있는 승인서를 첨부하도록 하십시오.

신청인 또는 수령인의 의무:

- 해당 질문에 대해 최대한 진실하고 완전히 답변할 의무. 필수 정보를 제공하지 않을 경우 재해 CalFresh 혜택을 받을 수 없습니다.
- 인터뷰 시, 세대주의 신원, 신청서 작성인의 신원을 밝혀야 하며, 가능하다면 재해 발생 당시 가족의 거주지 및/또는 직장 주소 증빙서류를 제시할 의무.
- 재해 기간 이후에 검토 대상으로 선정된 경우, 해당 카운티, 주 및 연방 공무원에게 반드시 협조해야 할 의무.

- 귀하의 재해 CalFresh 혜택을 다른 사람이 수령 또는 사용하도록 승인할 수 있습니다. 다른 사람을 승인하려면 아래 항목을 작성하십시오.

| | |
|-------------------------------------|--|
| 승인 대리인 이름 | 전화번호 |
| 주소 - 시 및 우편번호 포함 | |
| <input type="checkbox"/> EBT 카드만 수령 | <input type="checkbox"/> 가족의 식품 구입을 위한 EBT 카드 수령 |

처벌 경고!!

귀 가족이 재해 CalFresh 혜택을 수령하는 경우, 반드시 아래에 열거된 규칙을 준수해야 합니다. 정보를 보고하지 않거나 사실에 대해 의도적으로 허위 진술을 하는 경우 벌금, 구금 또는 둘 다의 처벌과 함께 법적 처분을 받을 수 있습니다. 처벌로는 해당 프로그램의 수혜자격 박탈, 최고 25만 달러의 벌금 및 최고 20년의 징역형을 받을 수 있습니다. 수혜 자격 박탈 기간은 최초 위반 시 12개월, 두 번째 위반 시 24개월이며, 세 번째 위반 시 영구적으로 박탈됩니다.

- 재해 CalFresh 혜택을 받기 위해 거짓 정보를 제공하거나 정보를 숨기지 않도록 하십시오.
- 귀하의 재해 CalFresh 혜택 또는 그 밖의 지급 수단을 거래하거나 판매하지 마십시오.
- 수혜할 자격이 없는 재해 CalFresh 혜택을 받기 위해 EBT 카드나 기타 지급 수단을 변형하지 마십시오.
- 재해 CalFresh 혜택으로 술이나 담배 등, 비구매 품목을 구매하지 마십시오.
- 귀 가족을 위해 다른 사람의 EBT 카드 또는 기타 지급 수단을 사용하지 마십시오.

작성요령: 이 양식에 있는 질문에 대한 답은 위의 disaster 혜택 기간 중에 예상되는 상황으로 답하십시오.

| | |
|------------------|------|
| 이름(세대주) | |
| 재해 발생 당시 영구 집 주소 | 전화번호 |
| 임시 주소 | 전화번호 |
| 우편 주소 | 전화번호 |
| 재해 발생 당시 직장 주소 | 전화번호 |

| 카운티 사용란 | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Disaster Application | Can the identify of the authorized representative be verified? |
| <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | Type of verification: |
| <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | Can the head of household's identity be verified? |
| <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | Type of verification: |
| <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | Is permanent residence in disaster area? |
| <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | Type of verification: |
| <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | Is work address in the disaster area? |
| <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | Type of verification: |
| <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | Can the household's residence be verified? |
| <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | Type of verification |

파트 A - 가족 상황 (각 질문에 "예" 또는 "아니오" 중 한 곳에 체크할 것)

1. 재해 발생 당시, 재해 구역에서 거주했음 근무했음 거주도 하고 근무도 했음 (한 곳에 체크할 것)
다음과 같은 가족 구성원이 있었습니까?
2. 귀 가족의 수입 또는 현금 자산을 가지거나 받을 수 없는 상황입니까? 예 아니오
3. 재해로 인해 귀하의 수입이나 현금 자산이 줄어들었거나, 지연되었거나, 중단되었습니까? 예 아니오
4. 재해 혜택 기간에 식료품을 구입해 식사를 준비할 계획입니까? 예 아니오
5. 가족 중에 _____ 에서 일하는 사람이 있습니까? 예 아니오
카운티/주 CALFRESH 기관 이름

파트 B - 가족 구성원

5. Disaster CalFresh 혜택을 신청하는 모든 사람의 이름을 열거하십시오. 재해 발생 당시 함께 거주하고 있었던 사람만을 포함하십시오. 재해로 인해 다른 가족과 함께 잠시 거주하고 있는 경우, 그 가족 구성원은 포함시키지 마십시오. *사회보장번호(SSN)는 원할 경우 제공할 수 있습니다. 이 번호는 신원확인용으로만 사용됩니다.

| | | | |
|--------------|---------|------|------|
| 이름(세대주) (HH) | | SSN* | 생년월일 |
| a. 이름 | HH와의 관계 | SSN* | 생년월일 |
| b. 이름 | HH와의 관계 | SSN* | 생년월일 |
| c. 이름 | HH와의 관계 | SSN* | 생년월일 |
| d. 이름 | HH와의 관계 | SSN* | 생년월일 |
| e. 이름 | HH와의 관계 | SSN* | 생년월일 |
| f. 이름 | HH와의 관계 | SSN* | 생년월일 |
| g. 이름 | HH와의 관계 | SSN* | 생년월일 |

파트 C - 수입(소득)/자산/지출액

6. a. 위에 열거된 모든 사람들이 재해 혜택 기간에 수령했거나, 수령할 예정인 급여 또는 기타 수입의 총합계는 얼마입니까? \$ _____
 b. 귀하의 모든 수입원(소득 출처)을 기재하십시오.

7. 위에 기재한 사람이 재해 혜택 기간에 받을 수 있는 총 현금 자산을 기재하십시오. 6번 금액은 포함하지 마십시오.

| | | | |
|----------|------------------|-------------------|----------|
| 보유 현금 | 저축 계좌(세이빙스 어카운트) | 당좌예금 계좌(체크킹 어카운트) | 기타 |
| \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |

8. 재해 기간에 지불했거나 지불할 예정인 재해 관련 손실이나 손상에 대한 지출액을 기재하십시오. 위에 기재하지 않은 사람이 지불할 금액이나 재해 기간에 현금 받을 금액은 기재하지 마십시오. 해당 지출액으로는 다음을 포함할 수 있습니다.

| | |
|--|----------|
| a. 가족의 주택 또는 가족 구성원의 직업 또는 자영업에 필요한 기타 재산 손상에 대한 수리 비용 | \$ _____ |
| b. 거주 또는 접근이 불가능한 주택 상태로 인해 발생한 임시 대피소 비용 | \$ _____ |
| c. 재해로 피해를 입은 지역으로부터의 이사 비용 | \$ _____ |
| d. 재해로부터 손상을 입지 않도록 주택 또는 사업체를 보호하기 위해 지출된 비용 | \$ _____ |
| e. 개인 부상으로 인해 지출된 의료 비용 | \$ _____ |
| f. 재해 관련 장례 비용 | \$ _____ |
| g. 재해 관련 애완동물 관리 비용 | \$ _____ |
| h. 의류, 가전기구, 공구, 교육 자료 등, 재해로 인해 새로 마련해야만 했던 개인 및 가족 필수품 관련 비용 | \$ _____ |
| i. 주요 난방 가동을 위한 연료 비용 | \$ _____ |
| j. 청소 물품 비용 | \$ _____ |
| k. 재해로 파손된 차량 비용 | \$ _____ |
| l. 창고/저장소 비용 | \$ _____ |

9. a. 위에 기재된 사람 중, 현재 CalFresh 혜택을 받고 있는 사람이 있습니까? 예 아니오
 '예'일 경우, 누구입니까? _____ 카운티 _____ 주 _____ 월 할당금 \$ _____
 b. 그들이 이 달에 다른 CalFresh 혜택을 요청했거나 받았습니까? 예 아니오
 '예'일 경우, 얼마를 수령했거나 수령할 예정이었습니까? _____

신청인 증명

본인은 신청서의 질문을 이해했으며, 제 가족은 재해 CalFresh 혜택이 필요한 상태임을 증명합니다. 본인은 위의 처벌 경고 사항을 읽었습니다(또는 다른 사람이 읽어주었습니다). 본인은 본인의 수혜자격 여부를 확인하는 데 필요한 정보 공개를 허락합니다. 본인의 신청이 수락될 경우, 본인은 카운티, 주, 연방 직원들이 disaster 혜택 기간 후 실시할 평가에 전적으로 협력할 것입니다. 또한 본인, 가족 중 다른 성인 또는 승인된 대리인이 부정확하거나 불완전한 정보를 제공하여 과도하게 지불받은 혜택을 상환할 의무가 있음을 이해합니다.

본인은 미국 연방법과 캘리포니아 주법 하에 위증시 처벌을 받는다는 전제 하에 이 신청서에 기술된 사실이 진실하고 정확하게 작성되었음을 선언합니다.

| | | | |
|---------------------------|----|------------------------|------|
| 서명 (성인 세대원 또는 위임 대리인) | 날짜 | WORKER'S SIGNATURE | DATE |
| 서명을 "X"로 표기한 경우 이름 목격한 증인 | 날짜 | SUPERVISOR'S SIGNATURE | DATE |

카운티 사용란

Household size for the number of persons listed in 5 _____

Computation

| | |
|--|----------|
| A. Anticipated Income (from (6)) | \$ _____ |
| B. Accessible Cash Resources (from (7)) | \$ _____ |
| C. Total disaster period income (A+B) | \$ _____ |
| D. Total allowable disaster-related expenses (from (8)) | \$ _____ |
| E. Accessible disaster period income (C-D) | \$ _____ |
| F. Maximum Disaster Income Limit for household size (from Table) | \$ _____ |

If E is equal to or less than F, the household is eligible.

Eligible: YES NO Allotment

| | |
|---------------------------------------|----------|
| 1. Disaster Allotment (from Table) | \$ _____ |
| 2. Regular Allotment Already Received | \$ _____ |
| 3. Net Disaster Allotment (1-2) | \$ _____ |

EBT Card Number issued

 YES NO